



## محاوَر وحوار

# الضمان الصحي الشامل

## في لبنان

## بين الممكن والمرتجى

يُعتبر تحقيق الضمان الصحي الشامل مشروعاً طموحاً في لبنان، دونه عقبات كثيرة ليس أقلها جمود القناعات السياسية والتوجهات العامة للسلطة. علماً أن الدراسات العلمية تؤكد أن تكلفة هذا الضمان لن تتجاوز الـ ١,١ في المئة من الناتج المحلي. ونظراً لارتباط التأمين الاجتماعي بالأوضاع الصحية ككل فإن تحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة يتطلب إعادة النظر في هذه الأوضاع بصورة مسبقة أو متزامنة على الأقل.

**الضمان الصحي الشامل في لبنان :**

**بين الممكن والمرتجى**



**الضمان الصحي الشامل في لبنان :  
بين الممكن والمرتجى**



## المركز الاستشاري للدراسات والنوشتق The Consultative Center for Studies and Documentation

مؤسسة علمية متخصصة تُعنى بحقلي الأبحاث والمعلومات

محاور وحوار (حلقات نقاش سابقاً): سلسلة غير دورية تتضمن وقائع الندوات والحلقات التي يعقدها المركز وتُعنى بمقاربة قضايا استراتيجية ومسائل إيمائية مختلفة.

عنوان الحلقة: الضمان الصحي الشامل في لبنان: بين الممكن والمرتجى  
عُقدت الحلقة بتاريخ

إعداد: مديرية الدراسات الإيمائية

العدد: السابع

الطبعة: الأولى

القياس: ٢١/١٤

تاريخ النشر: شباط ٢٠١٢ الموافق صفر ١٤٣٣هـ

### حقوق الطبع محفوظة

العنوان: بئر حسن - خلف الفانتزي وورلد

أوتوتسترد الأسد - بناية الإماء غروب - الطابق الأول

هاتف: ٠١/٨٣٦٦١٠

خليوي: ٠٣/٨٣٣٤٣٨

البريد الإلكتروني:

[dirasat@dirasat.net](mailto:dirasat@dirasat.net)

[www.dirasat.net](http://www.dirasat.net)

الآراء الواردة في هذه السلسلة لا تُعبّر بالضرورة عن آراء

المركز الاستشاري للدراسات والنوشتق

## ثبت المحتويات

٧..... تمهيد

### الجزء الأول

١٣..... النهوض بالقطاع الصحي وتحقيق التأمين الشامل

١٣..... أولاً- نص الدراسة

١٣..... - القواعد الثلاث للتأمين

١٤..... - تطوّر الحاجة إلى الاستشفاء

١٥..... - تطوّر الكلفة

١٧..... - جودة الخدمات

١٧..... - الجسم الطبي

..... - التوازن المالي

١٧..... - العدالة الاجتماعية

..... - العوامل المؤثرة

١٨..... - الحلول المقترحة

٢٠..... ثانياً- شرائح العرض البصري

### الجزء الثاني

٥١..... تفعيل القطاع الصحي والتنسيق بين الهيئات الضامنة

٥١..... - تطور الإحصاءات

٥١..... - حق الإنسان بالضمان

٥٢..... - حسن الإدارة وتفعيل المستشفيات الحكومية

٥٢..... - الفروقات

٥٢..... - الرقابة على المستشفيات

- ٥٢.....الدواء.....
- ٥٣.....البديل المقطوع.....
- ٥٣.....الضمان الاختياري.....

### الجزء الثالث

- ٥٧.....تعقيبات ومدخلات متفرقة.....
- ٥٧.....١- ضمان صحي شامل خلال ثلاث سنوات.....
- ٥٩.....٢- مسرح بلارقيب لتجار الدواء.....
- ٦١.....٣- كلفة التأمين الصحي الشامل تساوي ١ ر ١٪ من الناتج المحلي.....
- ٦٢.....٤- شفافية الأرقام والإحصاءات المعتمدة.....
- ٦٤.....٥- مدخلات متفرقة.....

## تمهيد:

يعتبر تحقيق الضمان الصحي الشامل مشروعاً طموحاً في بلد كلبنان، حيث مازال أكثر من نصف مواطنيه المقيمين خارج أي نوع من التأمين الصحي الدائم والمستقر، وتوجد صعوبة في تمرير مشاريع إصلاحية أقل أهمية وأقل كلفة. مع ذلك، لا بد من طرح هذا الأمر من باب تنويع جدول أعمال النقاش الوطني في لبنان، ولإيضاح الجانب المستعصي منه. وهذه ليست المرة الأولى التي يطرح فيها هذا العنوان فقد طرح في مناسبات سابقة كان آخرها الاجتماع الذي ضم الأحزاب والقوى اللبنانية وممثلي النقابات والهيئات الاقتصادية عام ٢٠٠٨ برعاية وتنظيم من الاتحاد الأوروبي. وكانت إحدى أهم التوصيات التي خرج بها هذا الاجتماع التوصية بإقرار نظام صحي شامل يغطي كل المواطنين، يكون ممولاً من الموازنة العامة.

غير أن موضوع هذه الحلقة من سلسلة «محاوّر وحوارات» التي ينظمها المركز الاستشاري للدراسات والتوثيق، لا ينحصر في مسألة نظام التأمين الصحي الشامل، فحسب بل يذهب أبعد من ذلك ليتناول شجون وشؤون القطاع الصحي في لبنان وإمكانيات تطويره.

ومع الإقرار بضرورة بناء سياسات اجتماعية غير تمييزية في لبنان، ولا سيما منهم المقصيين والمهمشين والفقراء، فلا بد من مراعاة معياري العدالة والفعالية

في أي مشروع من هذا القبيل، بالإضافة طبعاً إلى إيجاد مصادر التمويل المناسب، فضلاً عن إصلاح الإطار المؤسستي .

غير أن موضوع التغطية الصحية الشاملة أو تطوير التأمينات الاجتماعية يطرح تساؤلات عدّة نستعرضها في ما يلي :

**أولاً:** حول واقعية الطرح . فهل بوسع لبنان في وضعه الاقتصادي والمالي والمؤسستي الراهن أن يستوعب هذا المشروع في هذه اللحظة بالذات، في الوقت الذي استعصت عليه حتى الآن مشاريع أقل تكلفة، كمشروع ضمان الشيخوخة فضلاً عن مشاريع سياسية مثل اعتماد النسبية في قانون الانتخابات التشريعية أو تحقيق اللامركزية الإدارية وغيرها ؟ ..

**ثانياً:** مع التسليم بواقعية المشروع، كيف يمكن تمويله؟ هل ينبغي تمويله ضمن المعادلة القائمة حالياً، أي من قبل الدولة والعمال وأصحاب العمل؟ ومن ثم هل بوسع أصحاب العمل والعمال أيضاً في ظل الضائقة الاقتصادية وتراجع القدرة التنافسية تحمّل مشروع طموح من هذا النوع؟ وهل بوسع الدولة في ظل الأزمة المالية التي تعاني منها أن تمول مثل هذا المشروع؟ في محاولة الإجابة عن هذا النوع من التساؤلات، قد يكون دمج الصناديق المعنية بالتأمين الاجتماعي على اختلافها في مشروع موحد للتأمين الصحي الشامل، يتولى إدارته الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، أحد الخيارات الممكنة . إذ إن هذا الدمج ربما يوفر ما يكفي لتغطية جانب لا بأس به من كلفة المشروع المشار إليه .

ومن هذه الخيارات أيضاً تغطية الكلفة مباشرة من الموازنة العامة . وذلك في إطار رزمة متكاملة الإصلاحات في القطاع الصحي والحد من تأثير عامل الاحتكار على الكلفة وتطوير النظام الضريبي ..

**ثالثاً:** آلية تنفيذ هذا البرنامج أو المشروع. هل يكون دفعة واحدة أم تدريجياً على مراحل؟ وهل تعتبر البطاقة الصحية مرحلة من مراحل تنفيذ هذا المشروع، أو يمكن القفز فوراً لإقرار مشروع التغطية الصحية الشاملة؟

وبمعزل عن موضوع تطبيق الضمان الصحي الشامل، فإن إصلاح القطاع الصحي، بما في ذلك إصلاح الإدارة الصحية وقطاع الدواء والتفاوت في التغطية والإنفاق الصحي بين منطقة وأخرى أو بين هذا القضاء وذاك، أو هذه المحافظة وتلك، يعتبر أمراً ملحاً ينبغي أن يجد مكانه على جدول الأعمال الوطني.



# النهوض بالقطاع الصحي وتحقيق التأمين الشامل<sup>(١)</sup>

١- الورقة الأساسية من إعداد الأستاذ بهيج عريبي. وهي مؤلفة من شقين، الأول عبارة عن نص الدراسة والثاني يتضمن شرائح العرض البصري لمزيد من التوضيح.



## أولاً: نص الدراسة

### قواعد التأمين

هناك ثلاث قواعد لعملية التأمين، هي: الناس المستفيدون، المؤسسات الضامنة، الخدمات التي تؤمنها تلك المؤسسات. وتتلائم هذه القواعد وشروط أساسية ينبغي توافرها، من أبرزها التوازن المالي، والعدالة الاجتماعية، والمراقبة الدائمة الذاتية منها أو الخارجية، للأداء والإنتاج والخدمات المقدمة. بالإضافة إلى التقييم المستمر للكلفة وحجم الحاجة والاستهلاك والنظام الإداري والمالي.

**المستفيدون**، تتحدث الدراسات عن وجود ما يقارب ٢٨٪ من السكان يعيشون تحت خط الفقر. وهناك أكثر من ٤٣٪ من السكان لا يتمتعون بأي تغطية صحية نظامية. وقد أخذت وزارة الصحة على عاتقها تقديم خدمات استشفائية لهذه الشريحة الكبيرة من السكان. ولكي تكتمل الصورة نجد في المقابل أن الضمان الاختياري قد توقف عملياً. ولا يوجد ضمان شيخوخة، وهناك ثغرات كبيرة في تنفيذ التأمين الإلزامي للسيارات.

وفي هذا الإطار، فإن الاطلاع على أوضاع قطاع التأمين الموجود حالياً يقودنا إلى الاستنتاجات التالية:

أولاً، المؤسسات عملياً غير قادرة وحتى غير راغبة أصلاً في حماية المضمونين. والدليل على ذلك إلزام المواطنين المضمونين بدفع فروقات كبيرة من قبل الأطباء ومؤسسات الاستشفاء.

ثانياً، إن تحصيل حقوق المواطن المضمون بات أمراً صعباً للغاية.

**المؤسسات الضامنة:** بالنظر إلى الواقع الحالي للمؤسسات الضامنة، نلاحظ الكثير من المشاكل وليس أقلها تعدد المؤسسات والتقديمات وآليات الرقابة ومصادر التمويل، إلى جانب مشاكل الوضع الإداري، والاختلالات المالية، والفوضى في العلاقات بين منتجي الخدمات كالمستشفيات والأطباء والمستفيدين والدولة، وضعف قطاع المعلوماتية والإحصاء. وكذلك ضعف الرقابة الذاتية وغياب الرقابة الخارجية على المؤسسات الضامنة.

**الخدمات:** وهي تشمل تعويض نهاية الخدمة، صندوق المرض والأومومة، التعويضات العائلية وضممان الشيخوخة. والمطلوب أن تكون ثمة دقة في تقديرات كلفة كل من هذه الخدمات، فضلاً عن العوامل المؤثرة بهذه الكلفة.

### تطور الحاجة إلى الاستشفاء

هذه المسألة كانت محل اهتمام العديد من الدراسات، أبرزها تلك التي أجريت في الجامعة الأميركية بالتعاون مع وزارة الشؤون الاجتماعية، والتي أشارت إلى أن ١١٪ من السكان يحتاجون إلى خدمات استشفاء. ويبلغ معدل الاستشفاء لمن هم دون ٦٤ من عمرهم ٥٢,٠ يوم استشفاء في السنة. والذين يزيد عمرهم عن ٦٤ سنة ١,٧٦ يوم استشفاء، أي أن الفئة الثانية تحتاج إلى خدمات استشفاء ٣ مرات أكثر من فئة الشباب والأطفال. ومن النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات أيضاً أن ٧٠٪ من الذين يعانون من الأمراض المزمنة هم من الفئة الثانية.

ومن المشاكل التي تعترض عمل الضمان طريقة وآلية الحصول على الخدمة خارج الاستشفاء. فنسبة ٣٠٪ من الاستشفاء سنة ٢٠٠٤ كانت غير مبررة، حيث يدخل الشخص إلى المستشفى بتواطؤ بين الطبيب والإدارة لإجراء أمور مكلفة. فمثلاً كلفة MRI توازي ثلثي الحد الأدنى للأجور، أي ما يقارب ٣٣٠ ألف ليرة. حيث يدخل المريض إلى المستشفى بحجة معينة ويجري MRI ويدفع ١٠٪ من هذه القيمة فقط.

وتجدر الإشارة إلى أن الشعب اللبناني بالاجمال لديه تغطية استشفائية. لأن من لا تأمين لديه تتكفل وزارة الصحة بتوفير هذه التغطية له من حيث المبدأ.

### تطور الكلفة

بلغ معدل زيادة كلفة الضمان خلال الفترة بين العامين ١٩٩٨ و ٢٠٠٥ حوالي ٤٣٪ لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي و ٩٨,٩٪ في تعاونية الموظفين و ١٥,٦٪ لدى القوى العسكرية. هذه الزيادة ترجع في جانب أساسي منها إلى التطور النوعي في التكنولوجيا الطبية المستخدمة. وهو ما يطرح تساؤلاً حول المفاضلة بين بقاء هذا الانفلات في القطاع الصحي بحجة النظام الحر، ووضع ضوابط معينة تأتي في طليعتها الخريطة الصحية؟ فمن خلال مراجعة بعض فواتير الاستشفاء، يتبين أن تطور التكنولوجيا الطبية في السنوات الأخيرة لعب دوراً بارزاً في زيادة التكلفة. حيث ارتفعت حصة كل من خدمات المختبر والأشعة من ٨٪ و ١٠٪ على التوالي عام ١٩٩٨ إلى ١٨٪ و ٢٠٪ من إجمالي الفاتورة نتيجة الاستعمال المكثف للآلات الحديثة. وفي كثير من الحالات يكون هذا الاستعمال غير مبرر، ويشجع عليه ضعف الرقابة. مع ذلك، فإن استخدام التكنولوجيا الطبية عموماً له إيجابيات كثيرة، خصوصاً لناحية خفض معدلات الإقامة، وبالتالي تحرير عدد متزايد من الأسرة في وقت قصير. وهذه مسألة مهمة جداً على المستوى الوطني لأن كل سرير يكلف ما بين ١٥٠ إلى ٥٠٠ ألف دولار. ففي فرنسا على سبيل المثال تم إيقاف ٥٠ ألف سرير نتيجة تطور التكنولوجيا الطبية والعلاجية المستخدمة. وبذلك، فإن استخدام الجراحة بالمنظار لاستئصال المرارة أدى إلى تقصير فترة إقامة المريض من شهر تقريباً إلى يومين. كذلك أدت التكنولوجيا الحديثة إلى خفض معدلات التغيب عن العمل. أما في لبنان فإن الفوضى في استخدام التكنولوجيا تؤدي إلى ارتفاع الفاتورة الاستشفائية، نتيجة الاستخدام المكثف لها.

وفي ما يتعلق بالخدمات خارج الاستشفاء، نجد أن توزع كلفة الفاتورة الطبية قد تطور من ٦٠٪ للخدمات خارج الاستشفاء و ٤٠٪ للاستشفاء عام ١٩٩٩، إلى ٤٥٪ و ٥٥٪ على التوالي عام ٢٠٠٥، لأسباب عديدة منها تطور التكنولوجيات المستخدمة. وكذلك إقدام المزيد من الناس، خصوصاً المتقدمين في السن، ممن يدفعون تكاليف الاستشفاء من جيبهم على إجراء معاینات وفحوصات دورية تحت عنوان الاستشفاء، بغياب نظام ضمان الشيخوخة. ولذلك يلاحظ أن نسبة ما يدفعه المواطن من جيبه تراجعت من ٦٩٪ عام ٢٠٠٠ إلى ٥٩٪ من إجمالي الفاتورة الطبية عام ٢٠٠٥. مع ذلك تبقى هذه النسبة في غاية الارتفاع. في حين لا تتجاوز حصة الدولة في هذه الفاتورة ٢٣٪، والباقي من القطاع الخاص.

إن موضوع الخدمات خارج الاستشفاء يستدعي جملة ملاحظات، لعل من أبرزها ندرة لا بل غياب الدراسات المتعلقة بتقدير الاحتياجات الفعلية لهذه الخدمات. فكل ما كتب تقريباً من دراسات وتقارير تركز على تقدير حجم الاستهلاك الفعلي من الخدمات الصحية في لبنان. وقد حاولوا في تونس لعدة سنوات، بمساعدة فرنسيين، تقدير الاحتياجات الحقيقية للناس ولم يستطيعوا، فجرى تجميد العمل. وفي إطار الخريطة الصحية للبنان طلبت وزارة الصحة من عدة جهات دولية المساعدة في إعداد هذه التقديرات دون نتيجة.

وينبغي التمييز بين حجم الاستهلاك والحاجة الفعلية. من الممكن أن يكون الاستهلاك مرتفع لكن هناك الكثير من الحاجات لا يستطيع الناس شراءها أو تأمينها. وفي ما يخص أنظمة التأمين الحالية هناك غياب للسياسة الدوائية مع الأسف الشديد، باستثناء التجربة الرائدة من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي خلال سبعينيات القرن الماضي وعبر المكتب الوطني للدواء. دون أن ننسى أن الدواء يشكل ما بين ٢٥ و ٣٥٪ من كلفة الفاتورة الصحية.

**جودة الخدمات:** نفذت وزارة الصحة برنامج اعتماد في القطاع الاستشفائي سنة ٢٠٠٠. أنجز منه ثلاث مراحل حتى تاريخه. ومع أن هذا البرنامج يساهم بتحسين الخدمة، إلا أن عدم وجود آلية رقابة مستمرة لجودة الخدمات يؤدي إلى عدم تعميم الفائدة منه. فبرنامج الاعتماد يفرض إنشاء لجان مراقبة، وجدت بالفعل في العديد من المستشفيات خصوصاً التي تأخذ الموضوع بجديّة محترمة مصلحتها عبر التميّز النوعية. إلا أن هذه اللجان لا تجتمع فضلاً عن أن كثيراً من المستشفيات لم يتعاط مع الموضوع بالجديّة المطلوبة.

**الجسم الطبي:** يعتبر الطبيب شريك أساسي، وبالتالي لا مصلحة لأي مؤسسة ضامنة في الخلاف مع الجسم الطبي.

وما يحكى اليوم عن تأهيل إلزامي للأطباء يندرج في إطار الإصرار على الطب الجيد. إذ إن الطب الجيد يعني في المحصلة كلفة أقل. وعندما نتحدث عن خفض كلفة التأمين يجب أن نؤمن الطبيب الجيد. فكلما كان لدينا أطباء جيّدون انخفضت كلفة التأمين.

**العدالة الاجتماعية:** اللافت في هذا الموضوع هو عدم وجود تجانس بين المؤشرات الصحية والإنفاق على الصحة في لبنان. فنحن نصرف كالدول الغنية أما المؤشرات فهي أقرب إلى الدول النامية منها إلى الدول المتقدمة. إذ إن معدل الوفيات عند الأطفال يبلغ ٢٢ بالألف وهذا رقم غير جيد، ومعدل وفيات الأمهات الحوامل ٢٣ بالألف. ويصل معدل الوفيات في بيروت وجبل لبنان إلى ١٩ بالألف وفي بعلبك والهمل وعكار إلى ٥٩ بالألف. هذه المؤشرات بحد ذاتها تعكس تمييزاً في سياسة الإنفاق الصحي والرعاية الصحية في بلد صغير كـلبنان.

## الحلول المقترحة

هذه الحلول لا تتطلب مزيداً من الإنفاق أو الموازنات بل ترشيداً له. فوفق الروزنامة الموضوعية والمقسمة إلى مراحل، يتوجب في المرحلة الأولى معالجة الوضع الإداري والمالي، تمهيداً لمعالجة بقية الأمور، وذلك على الشكل التالي:

**١- توحيد الآليات:** بمعنى تثبيت العمل المشترك بين الهيئات الضامنة ووزارة الصحة، ضمن إطار يتعدى لجنة تنسيق مشترك، كالتالي عمل عليها سابقاً كل من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وبقية الصناديق، إلى ما يشبه وحدة تخطيط تعمل على صهر تجارب مختلف هذه الأطراف وتوجه عملها في اتجاه معين وواضح بالاستناد إلى اعتماد قاعدة بيانات ومعلومات موحدة تشمل بيانات كعدد المضمونين، وأنواع الأمراض، والكلفة، والحركة، والعلاقات، والنتائج. فتطور نظام المعلومات يسمح ببناء سياسات جديدة واكتشاف المشاكل والثغرات وتقديم الحلول الملائمة...

ويشمل هذا الأمر أيضاً توحيد مشتريات المؤسسات الضامنة وتنسيق السياسات الدوائية وتشجيع بدائل الاستشفاء، لما لهذه الأمور من أهمية على صعيد ضبط الإنفاق وترشيده.

**٢- الوقاية الصحية:** لقد اقتصر تعامل كل من الهيئات الضامنة ووزارة الصحة على الحالات المرضية، متناسية قضايا الوقاية التي ينبغي أن تكون في صلب الأولويات. وإذا لم يكن لدينا شيء اسمه وقاية فعبثاً نحاول الحد من إنفاق أموال إضافية على الرعاية الصحية. والمطلوب على سبيل المثال العمل على تخفيض معدلات الإصابة بالأمراض وحوادث السير والحوادث المنزلية. فالاهتمام بحملات التلقيح ضد أمراض الثلاثي والحصبة ساهم في وضع حد لوفيات الأطفال من جراء هذه الأمراض. وبما أن ٤٧٪ من السرطانات المنتشرة لدى الناس هي من نوع سرطان الثدي، فإن العمل على اكتشافه بشكل مبكر يؤدي إلى توفير تكاليف العلاج الكيميائي والجراحي والشعاعي ومئات المشاكل الصحية التي تترتب عليه.

### ٣- تفعيل دور الضمان في علاقته مع الجسم الطبي: خصوصاً لناحية

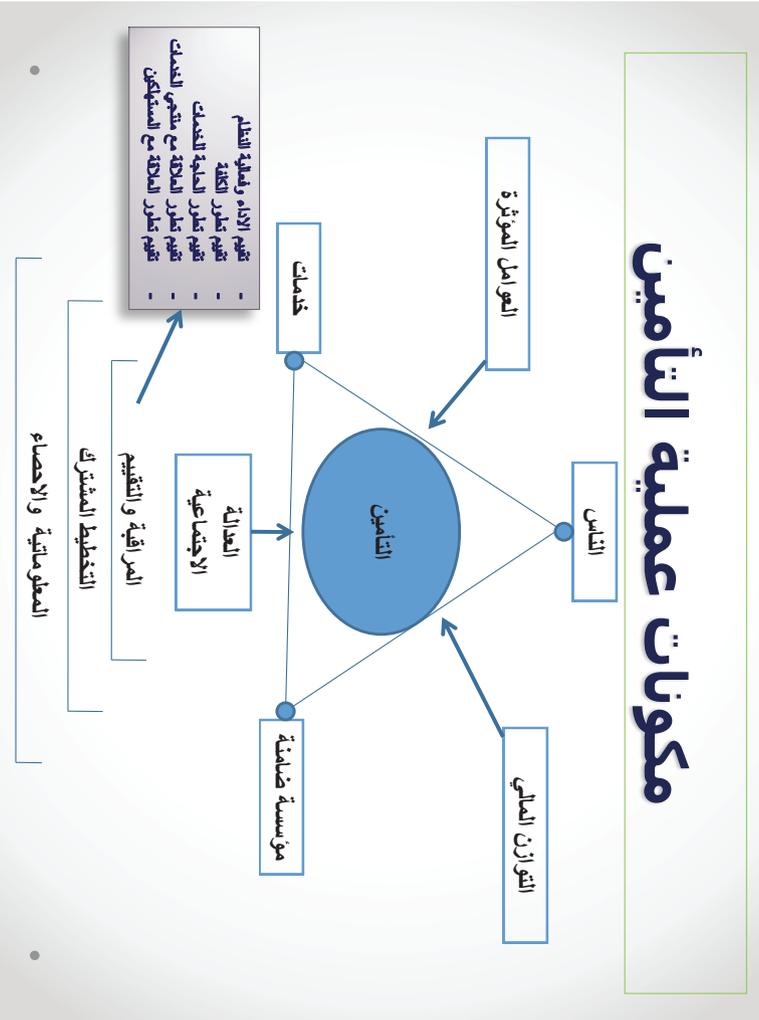
التقيد بالقوانين واحترام التعرّفة من قبل الأطباء والمستشفيات كشرط لاستمرار تعاقد الضمان معها، على أن يقابل ذلك حسومات على التأمين وبدائل تشجيعية يقدمها الضمان لهم.

وفي المرحلة الثانية أو المتوسطة المدى، وهي توسيع قاعدة المستفيدين، فإن العمل يتوقف على مدى التطور في المرحلة الأولى، إذ لا يجوز أن نرهق الضمان بضم المزيد من المؤسسات والمواطنين للتغطية الصحية، ما لم يكن الضمان قادراً على تحمل هذه المسؤولية، وقبل العمل على تفعيل خدماته وتطوير إمكاناته وقاعدة معلوماته وضبط الإنفاق وبدائل الاستشفاء إلى ما هنالك من أمور.

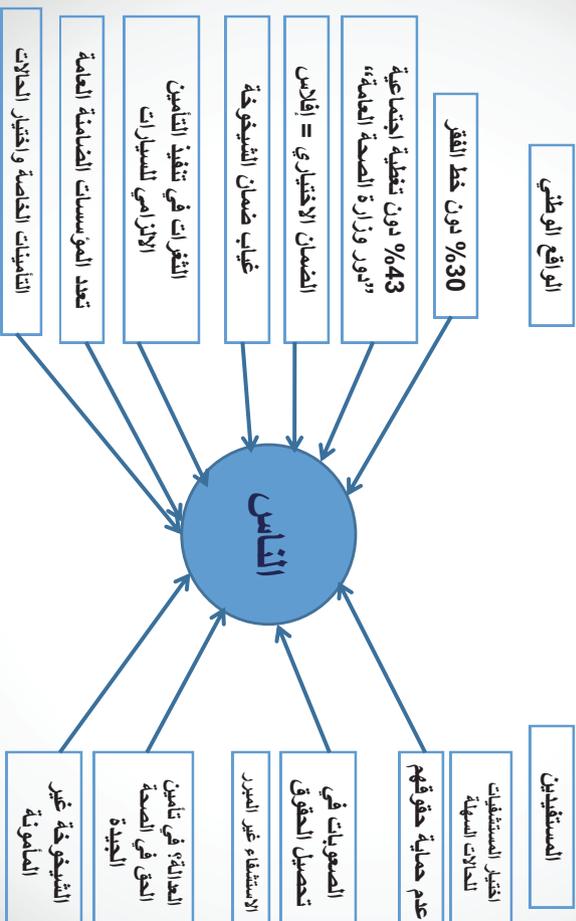
أما المرحلة الثالثة، أي بعيدة المدى، فهي مرحلة البطاقة الصحية الشاملة والخدمات الصحية الشاملة، والتي يفترض أن تمهد المرحلتين الأولى والثانية لتطبيقها بكفاءة.



## ثانياً: شرائح العرض البصري



# الناس



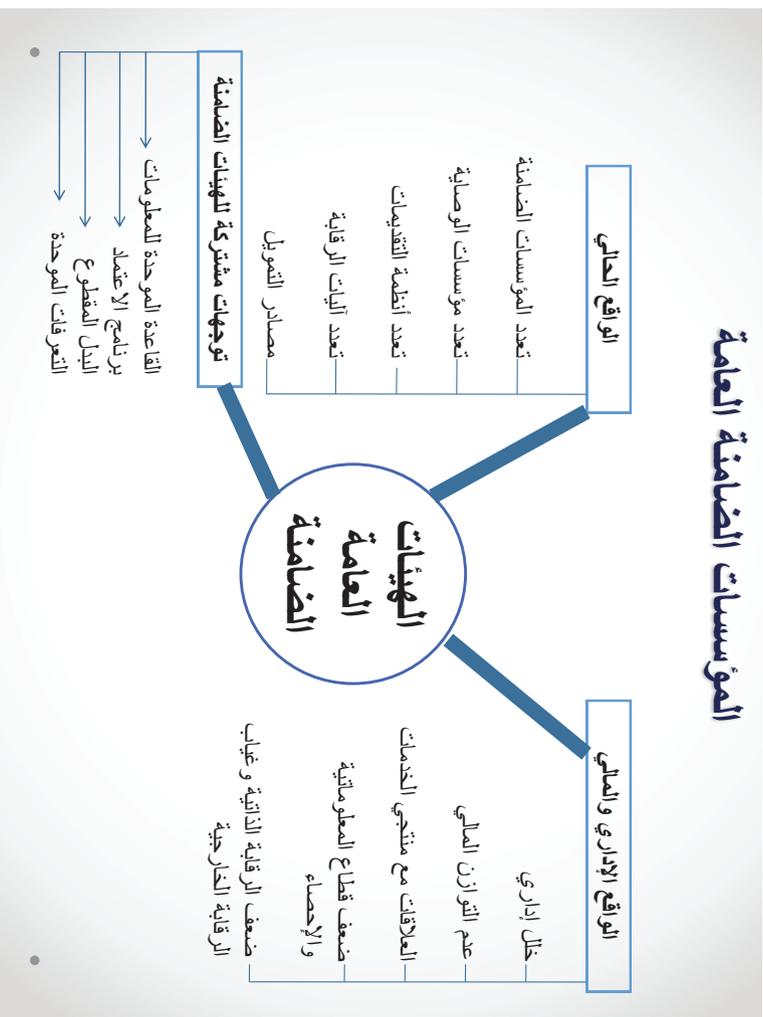
## الخلل والتأزم في أوضاع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

- انعدام الرؤية الواضحة والمحددة لمسؤوليات مجلس الإدارة ودوره في رسم السياسة وتحديد اهدافها إضافة لضعف اثر افه وكثرة عدد اعضائه.
- امتلاك المدير العام جميع اصلاحيات التنفيذية دون أن يكون مسؤولاً.
- ضعف الدور الرقابي للجنة الفنية على الصندوق الذي اعفي من الخضوع لاجهزة الرقابة المركزية.

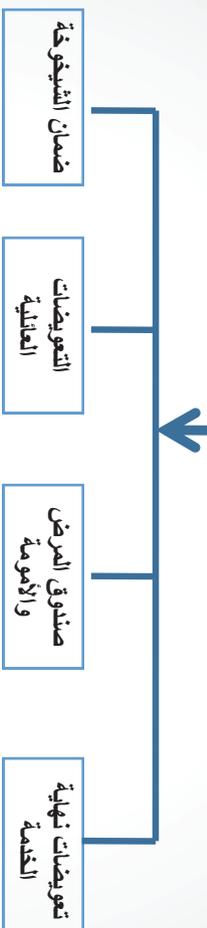
## تنمة الخلل الإداري والمالي

- \* التعثر المستمر والمكثّر في بلورة وتنفيذ برامج تحديث الصندوق واصلحاه
  - انعدام الهيكلية الإدارية الحديثة
  - عدم توفر سياسة رشيدة لإدارة الموارد البشرية والتقنيات الحديثة
  - عدم وضوح أو غياب المعايير العلمية المحددة للمكثنة وضبط أعمال الرقابة والتقييم والمحاسبة واستباق التوقعات.
- \* الإفتقار إلى دراسات احصائية واکتوارية رصينة.
  - هذا أدى إلى استسهال القرارات العشوائية لجهة خفض الاشتراكات وضم مجموعات جديدة دون احترام التوازن المالي في الصندوق. الأمر الذي أدى إلى فقدان السيطرة على تطور التقييمات وتقلص الإيرادات واستفاد كامل احتياطيات فرعي المرض والامومة والتقييمات العالية واستدانة أموال طائلة من فرع نهاية الخدمة.

# المؤسسات الضامنة العامة



## الخدمات



لكل خدمة = كلفة  
الثقة في التقديرات = تجربة الضمان الاختياري، كانت واضحة وباعتراض المسؤولين  
الإلزام الكامل بالعوامل المؤثرة

# الخدمات = الواقع الحالي

ملاحظة- أن كل الدراسات المنقذة ومنها مصرف الأسرة وما اصغته ادارة الإحصاء المركزي، وزارة الشؤون، وزارة الصحة... في ما يخص قياس استهلاك الخدمات) توضح أن هناك فرق كبير بين الحاجة والاستهلاك

والحاجة الوطنية:

- 11% من المواطن
- 0.52 يوم/السنة لفتة الأطفال والشباب
- 1.76 يوم/السنة لفتة فوق 64 سنة
- وان 70% من مرضى الأمراض المزمنة هم من فئة اعلى من 64 سنة.

الهيئات الضامنة

- وزارة الصحة 8,7% -تعاونية 12,7% - ضمان 19% - (الاستشفاء غير المبرر)
- قوى عسكرية 25%

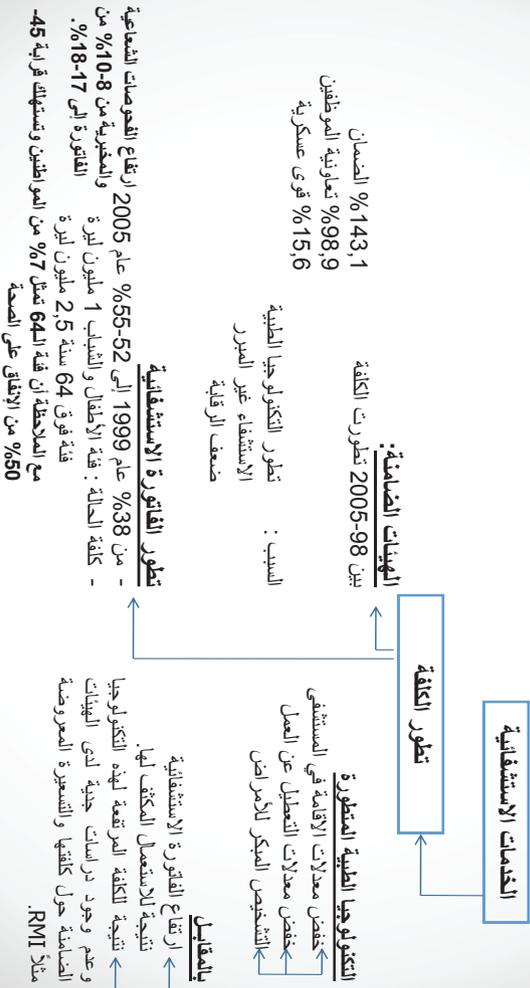
الخدمات الاستشفائية

تطور الحاجة للاستشفاء

ولاحظ في الاستشفاء عدم احتفادية أية آلية (محطات) قبل الاستشفاء مثل (مدنت)

• 8.7% لأن إحصاءات الوزارة مبنية على قياس حالات الاستشفاء لـ 43% من المواطنين وهي تقتصر إلى الدقة

# الخدمات = الواقع الحالي



# الخدمات = الواجهات الحاصلي

## الخدمات الاستشفائية

### الإستشفاء غير المبرر:

- الضمان / 2004 / 30%
- الوزارة ..... أكد مرتفع
- كلفة الخدمات
- طرق تقديم الخدمات والتسييد
- تحصيل الحقوق
- غياب السياسة الرعائية

نتيجة لعدة عوامل:

### جودة الخدمات

- الأطباء التعرفات الخاصة بهم
- المستشفى
- اللوازم الطبية وبعض الأدوية

شكوك كبيرة حولها

ضعف الرقابة على النوعية

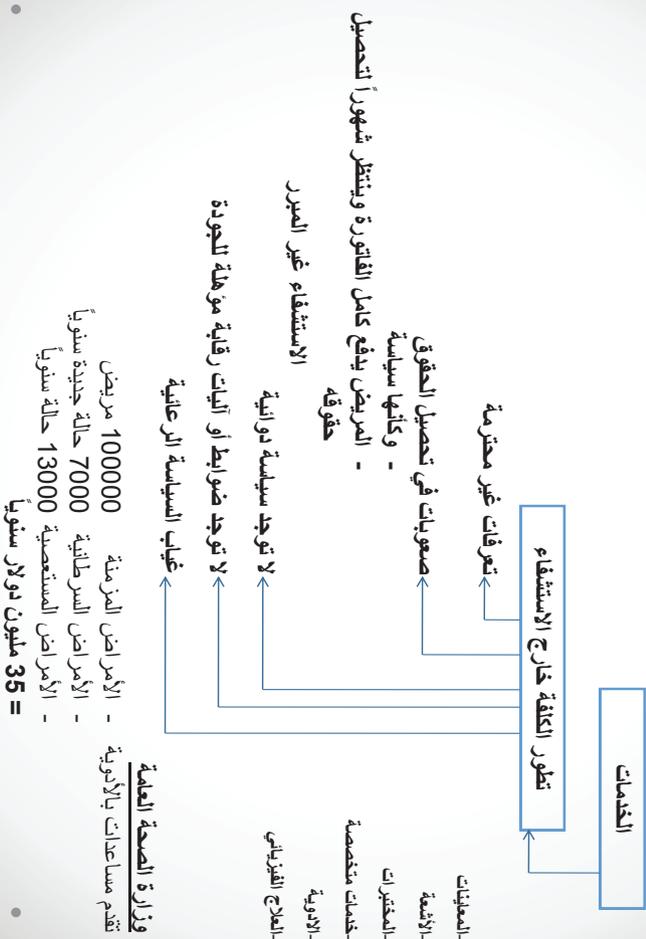
### الفروقات المالية

- عديدة
- متنوعة

### الجودة:

- الاعتماد
- برنامج
- للمستشفيات
- الرقابية لا تغطيه
- الوسائل التي تسمح
- بتقدير الجودة في
- الخدمة المقدمة تعتمد
- على الشروط التي
- وضعتها برنامج
- الاعتماد
- غياب الآليات التي
- تسمح لنا بمراقبة
- الخدمات المقدمة
- والنتائج

# الخدمات = الواجهات الحاصي



# الخدمات = والأعمال الطبية

وهو الشريك الأساسي في سياسة التأمينات

الجسم الطبي

عدم احترام التعريفات

علاقات غير مستقرة مع الهيئات الضامنة ومع المستشفيات

عدم وجود برنامج وطني للتأهيل الطبي المستمر والالزامي

والموجود حالياً: مبادرات من نقابتي الاطباء والجمعيات العلمية وبعض المستشفيات.  
هناك وعود باليت بالتأهيل الطبي المستمر والالزامي قريباً جداً.

# التوازن المالي

## تقرير الخبراء

- اتخاذ القرارات العشوائية
  - انتسابات جديدة
  - خفض الاشتراكات
  - الضمان الاختياري
- هذا الوضع يهدد الضمان في استمراريته وامكثات تطوره
- السياسات المعتمدة هي سياسة إنفاق.
  - غياب التوجهات لبدائل الاستفتاء وسواها
- الانفاق
- غياب سياسة ضبط وترشيد الانفاق
  - غياب أو ضعف الدراسات حول تطورات الحاجات الصحية وتطورات الكلفة. والدراسات الحالية تتمحور حول قياس الاستهلاك للخدمات الطبية وتقدير كلفتها فقط.

# العدالة الاجتماعية

يمثل أحد أهم أهداف السياسة الصحية في:

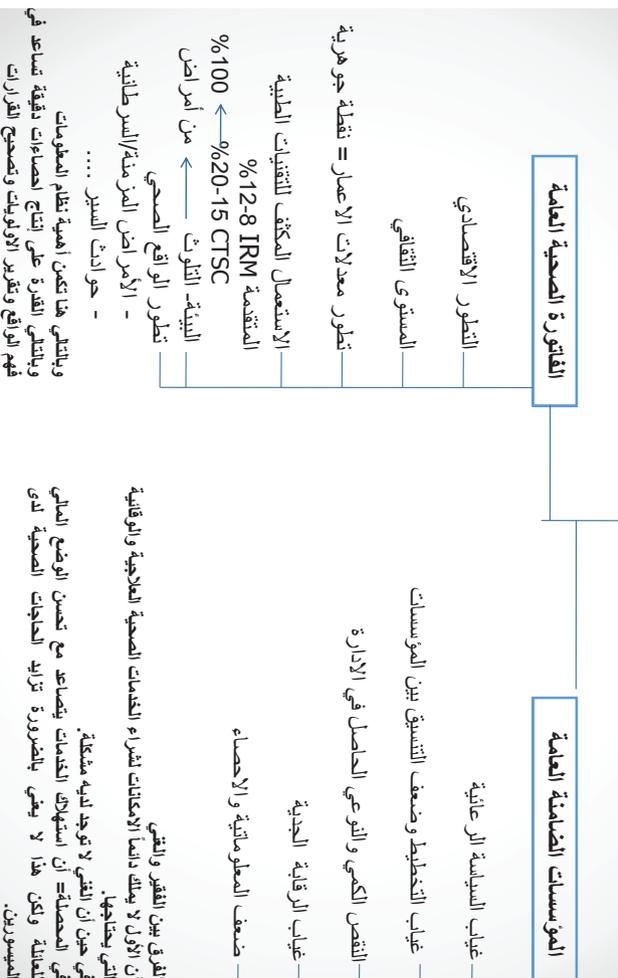
- الحصول على الخدمات=الآليات المعتمدة غير فعالة وتُدفع المضمون للتحلي عن تحصيل حقوقه.
- المؤشرات الصحية العامة=إن ضعف المدخول عند العالمية العظمى من المواطنين لا تساعد على تأمين الحاجات الصحية لعدم قدرة هؤلاء الناس على تغطية النسبة المتوجبة عليهم.

• المتفاوتة بين المناطق

• المتفاوتة بين الفئات الاجتماعية

= هناك ارتباط وثيق بين حجم استهلاك الخدمات ومعدلات المداخل، حيث يرتفع الاستهلاك مع ارتفاع المدخول هذا لا يعني أن الحاجات تطورت بل يعكس عملياً القدرة على شراء الخدمة عندما يعتقد أنه بحاجة لها أو عندما يرى الطبيب المعالج ذلك.

## العوامل المؤثرة



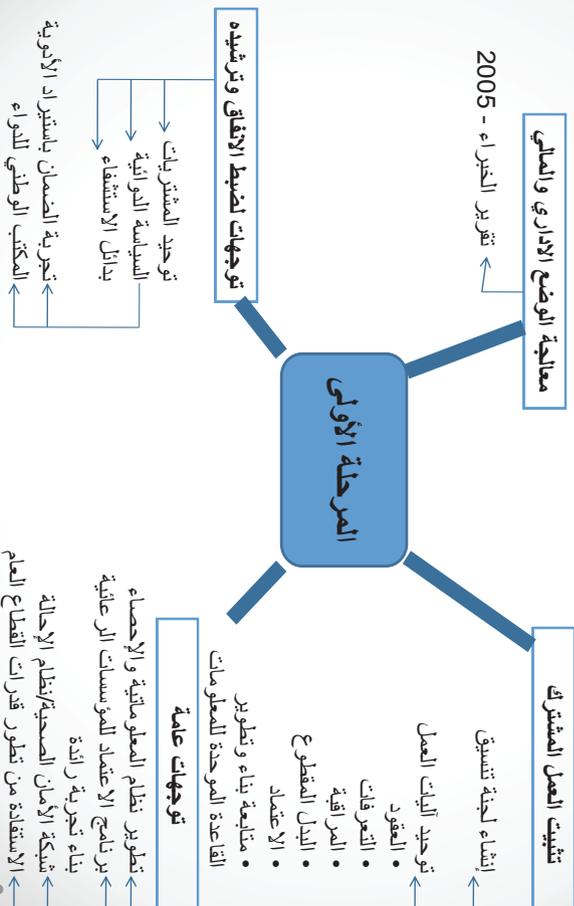
## الحلول

### الأهداف العامة

- ← الضبط الإداري
- ← تأمين التوازن المالي
- ← ضمان الاستمرارية وتوفير شروط التطور
- ← ضمان فعالية النظام
- ← ضمان الجودة
- ← ضبط الإنفاق و السيطرة على موارقه
- ← تسهيل حصول المواطنين على حقوقهم
- ← دمج سياسة التأمينات بالسياسة الصحية العامة بكافة مكناتها

# الحلول

## الروزنامة التنفيذية



# المرحلة الاولى

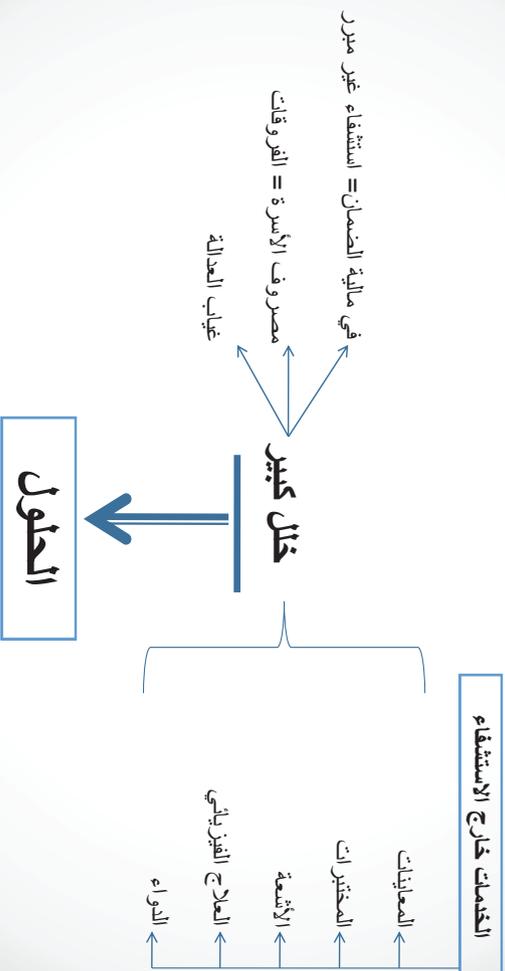
الخدمات خارج المستشفى

يوجد خلل كبير  
في العلاقة بين  
المريض وهذه  
المؤسسات

- المعايير
- الأشعة
- المختبرات
- العلاج الفيزيائي
- الدواء
- خدمات مختلفة
- الرعاية المنزلية

- آلية شراء الخدمات
- الكلفة المرتفعة/ للمدائل
- الانتظار شهوراً لتحصيل الحقوق
- الانعكاس السبيء على مالية الاسرة
- الانعكاس السبيء على مالية الصندوق

## المرحلة الأولى



## الحلول

### الجسم الطبي

الجسم الطبي أساس في سياسة التأمينات وبالتالي يجب عمل المستحيل لضمان علاقة تفاهم وتعاون بين الجسم الطبي والهيئات الضامنة. آخذين بعين الاعتبار نظامنا الحر وحرية الاختيار للطبيب.

إعادة تنظيم العلاقة مع متلقي الخدمات (أفراد – مؤسسات)

= اعتماد أطباء من كافة الاختصاصات لمعالجة مرضى الهيئات الضامنة  
والتعاقد معهم لهذه الغاية

يتوجب وبتفاهم كلي مع ثقافة الاطباء حسم العلاقة مع وضع شروط أهمها  
احترام التعريفات وأصول العمل. وبذلك يتوجب على المريض الذي يرغب في  
الذهاب لطبيب من خارج الضمان أن يتحمل مسؤوليته.

= أن يتابع الطبيب دورات التأهيل الطبي المستمر لضمان جودة الخدمات  
نحن نزيد التعاقد مع الاطباء الجيدين

الطب الجيد = الأقل كلفة

في المقابل = تقدم الهيئات الضامنة حوافز لهؤلاء الاطباء أو حوسمات مثلاً على اشتراكهم في  
الضمان.

# الحلول

## للخدمات خارج المستشفى

- تنفيذ برنامج اعتماد على مؤسسات الخدمات التشخيصية خارج المستشفى
- = مراكز الأشعة
- = المختبرات
- = خدمات متخصصة
- التعاقد مع المؤسسات المعتمدة وتأمين توزيع جغرافي لها.
- اعتماد آليات تسمح للمريض بتسديد النسبة المترتبة عليه والمؤسسة تحصل حقوقها من الهيئة الضامنة بعد تقديم الضمانات بذلك.
- وضع آليات رقابة فعالة (نظام معلوماتية يربط هذه المؤسسات بالإدارة المركزية المختصة في الهيئات الضامنة)

# الحلول

## المؤسسات الرعاية

- ← تنفيذ برنامج اعتماد على المؤسسات الصحية الرعاية
- ← اعتماد تعرفات خاصة للاعمال والخدمات الطبية التي تنتجها.
- ← تعاقد الضمان والهيئات الضامنة الأخرى مع هذه المؤسسات بنفس الشروط الموضوعية مع المؤسسات الخاصة.
- ← يمكن للمؤسسات الضامنة العامة امتلاك مؤسسات رعاية خاصة بها.

تمكن المؤسسات الرعاية المعتمدة من لعب دورها في:

- شبكة الامان الصحية
- تنفيذ برنامج الاحالة
- تنفيذ برنامج الرعاية الصحية المنزلية
- المشاركة في تنفيذ الاستشفاء المنزلي
- تنفيذ برامج متابعة تطور الامراض
- تنفيذ برامج الاكتشاف المبكر لبعض الامراض المزمنة

الربط الالكتروني بين شبكات الامان الصحية والمستشفيات و الادارة  
المركزية المعنية في وزارة الصحة (دور الوزارة) وفي الضمان.

# المرحلة الثانية في الحلول

أولاً = تقييم التقدم الحاصل في تنفيذ المرحلة الأولى

في مجال الخدمات الطبية

- إعادة التنظيم الإداري
- نظام المعلوماتية والإحصاء
- وحدة التخطيط المشتركة
- التوازن المالي

خاصة:

- توحيد الميثرانيات
- بدائل الاستشفاء
- برنامج الاعتماد للمؤسسات
- الرعاية
- شبكة الأمان الصحية

# المرحلة الثانية في الحلول

ثانياً = دمج مرضى تعاونية موظفي الدولة

= أهالي العسكريين

مع الحفاظ على المكتسبات الخاصة بهم

= مصير الضمان الاختياري مرتبط بتنفيذ:

- ضمان الشيخوخة

- تطور المشروع المقترح لتطوير سياسة التأمينات العامة

ملاحظات: إن تحليل واقعي للذين اتسبوا للضمان الاختياري يظهر أن الغالبية هم من المرضى الذين يشكون من الأمراض المزمنة يعني من المرضى الذين يحتاجون إلى العلاجات المستمرة وإلى القوصات الشائعة والمخرية والمعانيات المتخصصة وهذه كلها غير متوفر لها تغطية في وزارة الصحة. هذا يعني أن الضمان الاختياري مرتبط بثلاثة أمور:

الأول: تنفيذ ضمان الشيخوخة

الثاني: تحديد مصير الدور الذي تلعبه وزارة الصحة

الثالث: تقرير ربط التأمينات بالمؤسسات الرعاية المعتمدة والتي تستطيع توفير غالبية الخدمات للمرضى وبكافة معتدلة وتشكل انعكاساً جيداً على مالية الصندوق.

# المرحلة الثالثة في الحلول

وهي المرحلة المتقدمة في سياسة التأمينات الصحية العامة. وهي المرحلة الأكثر دقة.

وهي تعتمد على:

- التقدم الحاصل في المراحل السابقة
- تقييم دقيق للتطور الحاصل في واقع الضمان الاجتماعي الإداري والقانوني والمالي وبما يخوله من توسيع مساحة خدماته.
- تقييم التطور الحاصل في أنظمة المعلوماتية والإحصاء في مجالات:
  - الكلفة وتطورها والعوامل المؤثرة سلباً وإيجاباً
  - الأمراض ومعدلات الإصابة بها وتطور وسائل التشخيص والعلاج
  - الفئات العمرية وتطورها وتطور حاجاتها
  - الوفيات وأسبابها
  - الحوادث على اختلاف أنواعها ونتائجها.....
- تقدير التقدم الحاصل في بناء شبكة الامان الصحية وتقييم نظام احالة واعتماد المؤسسات الرعائية.

## المرحلة الثالثة في الحلول

### تقرير مصير:

- دور وزارة الصحة العامة وإنهائه لدمج هذه الفئة من المواطنين بالضمان الاجتماعي أو بأي خيار آخر تقرره الدولة كنظام تأمين موحد.
- الضمان الاختياري : وهل تعود هناك حاجة له؟
- ضمان الشيخوخة وهل يتم دمجها بالضمان أو إنشاء مؤسسة خاصة به

# النهاية

- تقرير مدى جدية الدولة في:
- معالجة الواقع الحالي للتأمينات
- تحرير التأمينات من النظام السياسي القائم على المذهبية والطائفية
- تقرير مدى جدية الدولة في:
- توفير متطلبات تنفيذ المشروع الجديد بكفاءة مكوّناته
- توفير شروط الاستمرار والتطور
- عقد المؤتمر الوطني للتأمينات الصحية كل سنة أو أكثر



# تفعيل القطاع الصحي والتنسيق بين الهيئات الضامنة<sup>(١)</sup>

١- مدير عام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي  
الدكتور محمد كركي.



تتناول هذه الورقة العديد من الإشكاليات التي يطرحها موضوع الضمان الصحي، نستعرضها بإيجاز على الشكل التالي:

**تطوّر الإحصاءات:** لقد حصل تطوّر هائل بموضوع التواصل بين المؤسسات الحكومية الضامنة وعلى الأخص في مجال المعلوماتية. واليوم أصبح الضمان الاجتماعي من أكبر المؤسسات الممكنة في لبنان وهو أكبر خزان للمعلومات. فهناك أكثر من ألف جهاز كمبيوتر تعمل مع المركز الرئيسي، كما تمت عملية ربط المؤسسات الحكومية الضامنة. والقاعدة المعلوماتية نحو مزيد من التوسع كي تشمل جميع المواطنين اللبنانيين المضمونين وغير المضمونين.

**حق الإنسان بالضمان:** في إطار مقاربتنا للسياسات الصحية في لبنان غالباً ما يقال إن وزارة الصحة تؤمّن نحو ٤٣٪ من الشعب اللبناني. مما يوحي وكأن هؤلاء باتوا مضمونين. فتقديرات وزارة الصحة لهؤلاء المواطنين تختلف تماماً عن حق الضمان. لأنه مع وجود هذا الحق تختلف المعادلة كلياً ولا يعود الإنسان مضطراً للانتظار طويلاً كي يحصل على موافقة وزارة الصحة، وكأن الدولة تمن عليه بتقديم الخدمة.

لذلك، لا بد من شمول الضمان لجميع المواطنين بشكل الزامي. أي فئة تنتسب للضمان الاجتماعي تدفع نسبة الاشتراكات التي تستطيع أن تدفعها حسب قدراتها. أما الدولة فإنها تدفع الفرق لتأمين التوازن المالي. وتبقى شريحة من الناس بحدود ١٠ أو ٢٠٪ ممن ليس لديهم أية إمكانيات، تقوم الدولة اللبنانية بدفع اشتراكاتهم لتوفير التأمين الاجتماعي لهم.

**حُسن الإدارة وتفعيل المستشفيات الحكومية:** وهذه مسألة جوهرية يجب التوقف عندها. فمن الضروري أن يكون هناك ١٥٪ أو ٢٠٪ من القطاع الاستشفائي بيد الحكومة اللبنانية، وأن لا يترك بالكامل للقطاع الخاص. ولكن التركيز الآن ينبغي أن ينصبّ على تفعيل العمل داخل المستشفيات الحكومية وليس زيادة عددها.

**الفروقات:** بالنسبة لموضوع الفروقات، تم ضبط هذا الأمر من قبل الضمان الاجتماعي داخل المستشفى بشكل كبير جداً، فلدى الصندوق جهاز مراقبة إدارية على المستشفيات وظيفته التأكد من حصول المريض المضمون على العلاج اللازم مقابل البدل المحدد بنسبة ١٠٪ من إجمالي كلفة العلاج. وهناك بالفعل عشرات المعاملات التي قام بها جهاز المراقبة لرد أموال كان دفعها المواطنون زيادة عن التعرفة. هذا الموضوع مضبوط بشكل جيد في الضمان الاجتماعي داخل المستشفى. أما خارج المستشفى فإن تعرفة العيادات تحتاج إلى مزيد من المتابعة والمعالجة.

**الرقابة على المستشفيات:** في موضوع الرقابة على المستشفيات، ورد في ورقة العمل إمكانية تلزيمها المؤسسة عامة مستقلة أو لجهاز عام أو خاص. نحن لسنا ضد تلزيم أي نوع من الخدمات إلى شركة خاصة أو عامة لكن أعتقد أن هناك تجربة قوية. الأطباء المراقبون في الضمان الاجتماعي والذين عددهم نحو ٦٣ طبيباً أعتقد أن هذا الجهاز بما له من خبرات قادر، في حال زيادة عديده إلى حدود ١٢٠ طبيباً، على تقديم الخدمة لجميع الجهات الحكومية الضامنة في لبنان، وزارة وتعاونية وكل الجهات الضامنة.

**الدواء:** ثمة ضرورة للتنسيق بين الجهات الحكومية الضامنة ووزارة الصحة لتفعيل التجربة الناجحة في وزارة الصحة حول توفير الأدوية الباهظة الثمن بأسعار معقولة، وتعميم هذه التجربة على جميع المواطنين. والتساؤل المطروح في هذا المجال يتعلق بحجم التخفيض الذي يمكن تحمّله والسعر النهائي للدواء الرسمي. وهو ما زال محل متابعة من قبل وزارة الصحة.

**البدل المقطوع:** يسعى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لتثبيت البدل المقطوع منذ فترة طويلة، مؤكداً على أهمية هذا الموضوع.

**الضمان الاختياري:** إن موضوع الضمان الاختياري كان قراراً سياسياً خاطئاً ولم تتم دراسته مسبقاً. وما يقال عن تحميل المؤسسات الضامنة مسؤوليات في هذا المجال يعتبر في غير محله. هناك قرارات فرضت على الضمان الاجتماعي. مع ذلك كانت هناك تقديرات لا بأس بها في الضمان الاختياري، بعكس ما يشاع بين أوساط المعنيين بالشأن الصحي في لبنان. فحتى سنة ٢٠٠٨ بلغت قيمة تقديرات الضمان الصحي الاختياري أكثر من ١٥٠ مليار ليرة، يضاف إليها ٣٠ ملياراً في العام ٢٠٠٩. مما يعني أن هذا الفرع غير متوقف. ولكنه يعمل وفقاً لقاعدة الدفع بقدر الجباية. خصوصاً أن الضمان الاختياري يجبي اشتراكات بلغ متوسطها ٩٤ ألف ليرة عن كل منتسب مضمون تقدر كلفته بحوالي ٢٦٠ ألفاً.

إن معالجة موضوع الضمان الاختياري يبدو أنها تحوّلت إلى موضوع سياسي، يحتاج بالتالي إلى قرار سياسي على مستوى مجلس الوزراء.

**الخارطة الصحية ودور وزارة الصحة:** تعتبر الخارطة الصحية من المهام الرئيسية لوزارة الصحة، إلى جانب مهام أساسية أخرى، منها تطوير العمل الصحي في مجالات الوقاية والرعاية الصحية وخاصة الأولية. ومما لا شك فيه أن غياب الخريطة الصحية يتسبب بالكثير من المشاكل. فعندما يكون في بلد صغير كلبنان ١٦٠ مستشفى و٢٥ مركز قلب مفتوح، إضافة ما هنالك من مراكز طبية، مع ما يستلزمه ذلك من زيادات كبيرة في الإنفاق وإثارة لمسائل تتعلق بالدواء والمستلزمات الطبية، فضلاً عن الشروط والمعايير والأسعار وما إلى ذلك، تصبح الحاجة ملحة جداً لوجود خارطة صحية. وهذا العمل لا بد أن يتم بالتنسيق والتعاون بين الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وجميع المعنيين بالشأن الصحي.



## الجزء الثالث:

تعقيبات ومدخلات متفرقة



## ١- ضمان صحي شامل خلال ثلاث سنوات<sup>(١)</sup>

إذا كانت هناك إرادة فهناك حل . نستطيع خلال سنتين أو ثلاث أن نصل إلى مشروع وطني للتأمين الاستشفائي لجميع اللبنانيين . هناك تفاصيل كثيرة يمكن التفاوض بشأنها في إطار نقاش ديمقراطي مع أصحاب الحقوق والفعاليات، انطلاقاً من حق المواطن في الصحة . . وأنا لا أرى المشكلة سوى في عدم توفر إرادة سياسية تلتطى وراء الخواء الموجود على المستوى المؤسستي الرسمي . فعندما نتناول صلب المشكلة نجد قطاعاً خاصاً ممكناً ومجهزاً ولديه أخصائيين وقواعد معلومات ولغات واطلاع على تجارب البلدان الأخرى، وفي المقابل نجد طرفاً رسمياً ضعيفاً لا يمتلك قواعد المعلومات الدقيقة . في هذه الحالة لا يوجد أساس للتفاوض . فكيف يمكن لهذا الطرف الرسمي أن يفاوض شركات أدوية ومستشفيات مدججة بكل تلك الإمكانيات؟ والكلام هنا لا يتعلق فقط بالضمان أو وزارة الصحة بل كل القطاع الرسمي، ومعظم الوزارات لديها هذه المشكلة تاريخياً .

هناك في الواقع العديد من العوائق أمام تطبيق نظام التغطية الشاملة، ليس أقلها ما يلي :

**توفر الإرادة السياسية:** وهذه تعتبر مشكلة حقيقية بحيث لا توجد إرادة سياسية لدى الدولة كافية للقول إننا من الآن لغاية سنتين نلتزم بالوصول إلى نظام موحد للاستشفاء . مما يدفعنا إلى تخفيض سقف التوقعات بإمكانية إحداث خرق حقيقي في هذا المجال . ولعل الخرق الثاني الأساسي في القطاع

---

١- تعقيب د. كمال حمدان.

الصحي يكمن في فتح ملف الدواء، حيث تسجل فاتورة الدواء النسبة الأكبر من فاتورة الصحة، لا بل هي تعتبر من أعلى الفواتير الطبية في الشرق الأوسط. إذ تبلغ فاتورة الدواء للفرد الواحد نحو ١٧٥ دولاراً بالسنة. وهي نسبة عالية بالمعايير الإقليمية. ولا أعرف لماذا لا نستطيع أن نخرق باتجاه المرضى الذين نضمنهم على الأقل كمؤسسات تأمين عامة. لماذا لا نذهب بالتعاون مع القطاع الخاص والشركات الدولية باتجاه إحلال أدوية معقولة مكان الأدوية الغالية في بلد مستوى دخل غالبية مواطنيه منخفض.

**آلية استرداد الفواتير:** إن آلية استرداد الأموال في الضمان تبقى المعيار الأهم. فالفترة الزمنية القصيرة بين تقديم فواتير الطبابة واستردادها تقلل أو تزيد نسبة الاستشفاء غير المبرر، وهذا المعيار هو الذي يحدد حجم نجاح الممكنة والباقي تفاصيل. والواقع أنه حتى الساعة لم نلاحظ أثر هذه الممكنة.

**تخمة القطاع الصحي:** هناك ظاهرة الفائض في العرض الصحي. وهذا يتبين من مقارنة مؤشرات أعداد الأسر والأطباء وحجم التجهيز الصحي بالنسبة إلى المواطنين. والقطاع الصحي يعتبر مجالاً مميزاً لتحقيق الأرباح بالنسبة للقطاع الخاص حيث توجد مناطق شبه احتكارية. الأمر ذاته ينطبق على واقع توزع دخل الأطباء، حيث ١٠٪ يملكون أكثر من ٤٠٪ و ٥٠٪ من إيرادات الأطباء في لبنان. لذلك على الدولة أن تفكر في أن تكون هناك وحدة تخطيط مبنية على قواعد إحصائية وأن تفكر بكل هذه الأمور وتأخذ قرارات وسياسات وخططاً ومحفزات وضوابط، والتنسيق بين الصناديق الضامنة.

وبالخلاصة، لا يوجد مبرر مالي أو تقني للتأجيل. فخلال سنتين يمكن وضع نظام موحد للاستشفاء كهدف. وتمويل المشروع ممكن بعد جمع ما تنفقه الدولة والحد من الهدر الذي يصاحب الإنفاق على الصحة في الصناديق ويمكن تمويل الباقي من الناس. والمواطن على استعداد لزيادة الضريبة مقابل تأمين حق الاستشفاء للجميع.

## ٢- مسرح بلا رقيب لتجار الدواء<sup>(٢)</sup>

رغم أهمية التحصيل العلمي ومتابعة التطور ومواكبة الحداثة، تبقى كلمة السر في الأخلاق .

في لبنان يتم التعاطي مع القطاع الصحي بأسلوب مختلف . القطاع الخاص حر . وتحت كلمة « حر » هذه يتم تفريخ أكبر عدد مستشفيات في العالم، وكذلك أكبر نسبة أطباء قياساً على عدد السكان، وأعلى نسبة تقنيات في العالم . فلدينا لكل ١٥٠ ألف لبناني جهاز RMI، في فرنسا يوجد جهاز لكل نصف مليون فرنسي . لدينا لكل ٥٠ ألف شخص جهاز سكانر واحد وفي فرنسا لكل ربع مليون جهاز واحد . في فرنسا أيضاً مواطن واحد من ٨٥٠ ألف مواطن يجري عملية قلب مفتوح، في لبنان واحد من كل ٣٠٠ ألف لبناني، كل ذلك عنوان تحت الحريات والمبادرة الفردية .

الفاتورة الصحية هي ثاني فاتورة من حيث الكلفة بعد الولايات المتحدة الأمريكية، إذ تبلغ ١٢٪ من مجمل الناتج القومي . مع ذلك، فنحن ما زلنا للأسف الشديد نحتل الرقم ٩٧ للمستويات الصحية في العالم بحسب ترتيب الأمم المتحدة . مما يعني أن التقديرات لا تتناسب أبداً مع الكلفة الباهظة، وبالتالي هناك خلل كبير تعود أسبابه إلى الفساد لا غير .

الدواء كما نعرف مادة مهمة وإستراتيجية . في العالم العربي مسألة الدواء تحتل جزءاً مهماً في السياسة الصحية، لأن المؤشرات تظهر أن هناك تراجعاً صحياً في غالبية الدول العربية، مقابل ازدياد الضغوط السياسية والاقتصادية التي ترهق كاهل الخدمات الصحية وتجعل من الضروري مراجعة الأولويات في الإنفاق على الصحة . وهنا تبرز أهمية ترشيد استخدام الموارد بما فيها الأدوية الأساسية .

---

٢- تعقيب د. إسماعيل سكرية.

وتسجيل الدواء في لبنان يتم في كثير من الأحيان بشكل عشوائي .  
فأحياناً يذهب الدواء بخط عسكري خلال ربع ساعة وأحياناً يستغرق سنة .  
ففي سنة ٢٠١١ جرى تسجيل ما يقارب ٣٣٠ دواء، خلال جلسة واحدة  
للجنة الفنية في وزارة الصحة . وبلغ السعر المسجل أضعاف سعره الحقيقي  
أصلاً، بتواطؤ بين المصنع والتاجر المستورد .

وبخصوص الرقابة فإن الأمر يبعث على الحزن . فنحن البلد الوحيد  
في العالم الذي لا يوجد لديه مختبر أدوية . وغياب المختبر تستفيد منه  
الشركات الاحتكارية الضخمة . هناك فوضى سوق وتسويق، ولا توجد رقابة  
إدارية . أحياناً تبقى الأدوية في المرفأ أسبوعين أو شهراً وتضعف تأثيراتها .  
الموضوع أعقد وأوسع من أن نتصوره . لقد بلغت قيمة فاتورة الدواء ٧٩٠  
مليون دولار سنة ٢٠١١ . وهي تعتبر أعلى فاتورة في العالم قياساً على حجم  
السكان . ونسبة الإنفاق الإجمالي على الصحة تقارب ٤٠٪، وهي تفوق  
ضعف السقف العالمي المقدر بنحو ١٥٪ . أما كلفة الطبابة للفرد الواحد  
سنوياً في لبنان فهي تفوق ١٧٠ دولاراً، مقابل ١٤٠ دولاراً في الامارات و  
٨٥ دولاراً في السعودية و ٦٠ دولاراً في الأردن و ٣٦ دولاراً في مصر و ٢٢  
دولاراً في سوريا .

### ٣- كلفة التأمين الصحي الشامل تساوي ١,١ ٪ من الناتج المحلي<sup>(٣)</sup>

إضافة إلى ما قيل حول واقع التغطية الصحية، وأن مجموع أنظمة التأمينات الصحية لا يغطي أكثر من نصف اللبنانيين، وأن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لا يغطي أكثر من ثلث القوى العاملة في القطاع الخاص، نشير إلى أن ٨٧٪ ممن بلغوا سن التقاعد في القطاع الخاص لا يحصلون على أي تغطية صحية. فمعظم الإنفاق على الصحة يأتي من الاسر، فيما تبلغ مساهمة الدولة بحدها الأقصى ٣٠٪ من الفاتورة الصحية، في حين تصل هذه المساهمة إلى ما بين ٥٠٪ إلى ٦٠٪ في بلدان شبيهة بلبنان.

فضلاً عن ذلك، يشكو المواطن من خلل كبير في نظام تقديم الخدمات الصحية. مما يتسبب بإهدار كبير في الموارد وتضخم في تكاليف العناية الصحية، وارتفاع في كلفة الاستشفاء، علماً أن هذه الأكاليف تتفاوت بين جهة ضامنة وأخرى ومن نظام إلى آخر.

ونستطيع من خلال تمرين صغير أن نحسب الفارق بين كلفة التغطية الصحية الشاملة المنشودة وبين كلفة التغطية في وضعها الراهن. فإذا أخذنا الخدمات التي يقدمها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي كمعيار، ووفقاً لمعطيات العام ٢٠٠٧، يتبين أن كلفة الفرد المغطى من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي فرع المرض والأمومة حصراً هي بحدود ٣٢٠ دولاراً. ولو افترضنا أن كل اللبنانيين مغطون من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تكون الكلفة الإجمالية بحدود مليار ومئتي مليون دولار. وهو ما يشكل تقريباً ٤,٥٧٪ من الناتج. وهذه نسبة مقبولة وفقاً للمعايير العالمية في أوضاع مشابهة للبنان. أما إذا أخذنا مجموع ما ينفق حالياً على التغطية الصحية بواسطة كل من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والقطاع العام نجد أن نسبة هذا الإنفاق تبلغ ٣,٧٪ من الناتج. أي أن الفارق بين الحالتين يساوي ١,١٪ فقط من الناتج. وهو مبلغ باستطاعة الدولة توفيره إذا توفرت الإرادة بتطبيق التأمين الشامل.

٣- تعقيب د. نجيب عيسى.

## ٤- شفافية الأرقام والإحصاءات المعتمدة<sup>(٤)</sup>

**ضريبة دخل الأطباء:** تغيب في لبنان الشفافية لناحية دخل الأطباء. ففي الأردن مثلاً كلما قبض الأطباء فاتورة من الضمان تحسم مؤسسة الضمان الضريبة بشكل مباشر. بهذه الطريقة تضمن الدولة حقوقها من خلال تصاريح الحقوق. أما الأطباء في لبنان فلا نعرف كم يقبضون، لا نعرف سوى أن لديهم سيارات فخمة وفيلات لكن لا يصرّحون عن دخلهم بشكل صحيح. يجب أن تكون هناك علاقة مباشرة بين ضريبة الدخل والجهات الضامنة.

**الدخل والإنفاق:** أودّ أن أعلّق على مسألة النسبة المئوية التي يصرفها لبنان كنتاج محلي على الصحة. فهذا المعيار ينبغي عدم استخدامه، لأن الناتج المحلي بحد ذاته متغير. فعلى سبيل المثال، بعض الأحيان قيل إن المديونية العامة في لبنان فاقت ١٨٠٪، ولكن عندما رفعوا الناتج المحلي هبطت نسبة المديونية، في حين أن حجم المديونية كان يزداد. لذلك الناتج المحلي ليس هو المعيار كنسبة مئوية للصحة. المعيار الحقيقي هي كلفة الشخص. فإذا كنت تصرف على الشخص ٣٠٠ أو ٤٠٠ دولار، لا دخل للناتج المحلي. الناتج المحلي في الخليج عالٍ جداً لأنها دول بترولية لكن كلفتهم على الشخص رهيبه.

**الضمان الاختياري:** الضمان الاختياري بحد ذاته لم يكن خطأً، كما ألمح البعض. ربّما أنشئ بطريقة أو قرار خطأً، لكن كان من الممكن أن يستمر ويتحسن لو جرى التعاطي معه بطريقة سليمة. فالطريقة الوحيدة لحل مشكلة الضمان الاختياري تكمن في توسيع هذه الدائرة والقيام بحملة توعية، فضلاً عن اعتماد طرق صحيحة في الانتساب.

**العدالة الاجتماعية:** ما يحصل في القطاع الصحي عندنا هو عكس  
٤- تعقيب د. ابراهيم مهنا.

العدالة الاجتماعية تماماً. فعامة الشعب يدفعون كلفة الطبابة لفئة قليلة. وعندما نقول إن هناك هدراً في الرعاية الصحية في لبنان لا تقل قيمته عن ٦٠٠ مليون دولار فهذا المبلغ لم يتبخر بل أخذه أشخاص معينون. أختتم بالقول إنه يجب أن تكون هناك حملات لتوعية الناس كي يتحملوا مسؤولياتهم أكثر، ويفهموا حقوقهم بالرعاية الصحية.

## مداخلات متفرقة

- كي يكون الضمان الاختياري ناجحاً ينبغي أن تشمل التغطية الصحية الإلزامية أولاً ٩٥٪ من الشعب اللبناني. بعدها يفتح باب اختياري للضمان بحيث يتم إلحاق المنتسبين إليه بالنظام العام وليس لصندوق مستقل كما جرى سابقاً.

- يعتبر دور وزارة الصحة كضامن مجاني للمواطنين الذين لا يملكون تغطية صحية على مستوى الاستشفاء وأدوية الأمراض المستعصية والمزمنة والسرطانية، بمثابة بديل وحافز سلبي للمواطنين للتوجه إلى الضمان الاختياري، لا سيما في ظل تسعيرة الاشتراك الحالية.

- ينبغي تخفيض اشتراك الضمان الاختياري إلى ما بين ٤٠ و ٥٠ ألف ليرة، حتى يصبح حافزاً لاشتراك الجميع. ولكن هذا يحتاج لأن تتحمل الدولة العجز لفترة محددة. أما زيادة كلفة الاشتراك فإنها تعني حصر الاستفادة من الضمان الاختياري بالأغنياء فقط.

- يمكن اعتماد النسب العالمية من الفاتورة الصحية في سبيل الحد من الاستشفاء غير المبرر. وفي موضوع بدل أتعاب الأطباء، المشكلة الأساسية أن تعرفه الضمان منخفضة وبالتالي لا يمكن أن تأخذ إدارة الصندوق إجراءات بحق الأطباء المخالفين.

- ثمة تقنيات يمكن اعتمادها للحد من التأخير في إنجاز المعاملات، وبالتالي مضاعفة الإنتاجية أربع مرات. لكن تبقى مشكلة الشواغر، فالضمان يعمل حالياً بـ ٦٠٪ من طاقته. وكل سنة يتقاعد نحو ٩٠ مستخدماً، وبالتالي يجب تأمين الكفاءات والموارد البشرية اللازمة.

- إن سياسة الانفلاش في القطاع الصحي، والتي تتزايد بحجة أننا نريد لبنان مستشفى الشرق ونريد أن نجلب الخليجيين لنيل العلاج الطبي عندنا، تنعكس انخفاضاً في مستوى الخدمة والنوعية. لذلك لا بد أن تتدخل الدولة لتضبط وتحمي القطاع الخاص من نفسه.